

# Información del estudiante

2024-2025

apellido \_\_\_\_\_ nombre \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_ Ziccode \_\_\_\_\_

Fecha de nac. \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ F Numero de Sec. Soc. \_\_\_\_\_

Seguro del est. \_\_\_HUSKY\* \_\_\_Privado \_\_\_No tengo seguro dental  
 \*numero de Medicaid (el núm. De la tarjeta gris) \_\_\_\_\_

*No se cobrar por servicios provistos. Si el estudiante tiene Husky o Titulo XIX, Brooker Memorial les enviara un recibo de cobro a ellos.*

Nombre del encargado \_\_\_\_\_ Relación con el est. \_\_\_\_\_

Dirección si es diferente al est. \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ correo electrónico \_\_\_\_\_

**Por favor coteje SI o NO al final de cada oración.**

Doy mi permiso para que mi hijo(a) sea tratado en la escuela y reciba los servicios necesarios por el personal del Centro Brooker Memorial. Esto incluye examen dental, aplicación de fluoruro y sellamiento o empastaduras.

Yo certifico que la información provista es la correcta a mi mejor entender. Yo entiendo que proveer información incorrecta va en perjuicio en la salud de mi niño(a).

Yo estoy de acuerdo en que me dejen mensajes telefónicos en el número provisto en la sección de información.

Yo estoy de acuerdo en que mi hijo(a) reciba cualquier otros servicios de seguimiento de parte de la higienista dental o del dentista.

**Autorización para dar información y pago:**

Yo autorizo que se provea información médica dental para cobrar servicios. Yo también autoriza a que se cobre a HUSKY los servicios provistos por Brooker Memorial.

**Autorización para intercambiar información y dar educación en salud:**

Yo autorizo al Brooker Memorial a intercambiar información y documentos de educación y salud con mi hijo(a) en el distrito escolar con el fin de educarlo y proveer salud dental...

Esta autorización es valida mientras mi hijo(a) este registrado en el distrito escolar de Torrington. Yo entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento por medio de una carta escrita dando de baja mi consentimiento. Yo reconozco que los documentos médicos, una vez son recibidos en el distrito escolar no necesariamente estarán cubierto por la ley de privacidad HIPAA , pero que se convierten en documentos protegidos por el Acta #1 de privacidad de " Familia Educational Rights". Yo también entiendo que si me niego esta negación limitaría a mi hijo(a) el derecho de tener servicios dentales. Yo estoy de acuerdo en que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que la original.

Autorizo por el presente a Brooker Memorial a comunicarse con el dentista de mi hijo/a en caso de haberlo mencionado yo en este formulario. Brooker Memorial puede notificar al dentista de mi hijo/a sobre la necesidad de atención de seguimiento u otra información odontológica de importancia.

**Consentimiento y reconocimiento de la Práctica Privada:**

Yo consiento en el uso y difusión de mi información personal por parte del Brooker Memorial (Brooker) a cualquier persona u organización con el fin de dar tratamiento dental, reclamo de pago o la conducción de operaciones de cuidado de la salud. Protección de información de salud puede incluir información relacionada con HIV/AIDS, siquiátrica y otra información de carácter mental, y tratamientos de drogas y alcohol para que esta información sea usada o revelada de acuerdo a la ley de Connecticut y Federal esta requiere que usted provea una autorización específica. Yo entiendo que en cuanto a como Brooker la información vaya a ser difundida se encuentra en los estatutos de Practica de la Privacidad del Brooker's Memorial. Yo entiendo que esta información esta protegida mientras este consentimiento este efectivo en los archivos de Brooker Memorial.

Si	No

Con mi firma abajo, Yo entiendo y reconozco lo siguiente: 1) Que yo he leído este documento; and, 2) Que yo he recibido la información en efecto sobre Practica de Privacidad del Brooker's Memorial.

Nombre del Padre y/o encargado lega (letra separada) \_\_\_\_\_

XFirma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Historial Medico Del Estudiante

2024-2025

Nombre del est \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ maestro(a) \_\_\_\_\_

## Información del estudiante

Es su hijo(a) alérgico o a tenido alguna reacción a:	Si	No
Algún alimento		
Algún medicamento(Penicilina otro anti-biotic)		
Anestecia local		
Latex		
Por favor explique la alergia:		
Ha tenido el estudiante alguna lección en deportes etc.?		
Ha sido el estudiante hospitalizado?		
Ha tenido el estudiante alguna cirujia?		
Esta el estudiante tomando algún medicamento actualmente?		
Si es cierto escriba los nombre::		
Tiene el estudiante algún problema del corazón, defectos congénitos o soplo?		
Tiene el estudiante algún problema medico?		
Esta el estudiante viendo un medico por alguna condición?		
Ha habido algún cambio en la salud del estudiante últimamente?		
Tienen el estudiante problemas de conducta?		
<b>Preguntas de Salud Dental</b>		
¿Su hijo/a recibe limpieza dental en el consultorio del dentista al menos una vez al año?		
Alguno de los dientes del estudiante le esta causando dolor?		
Usa el estudiante tabaco o fuma?		
Le sangran las ansias la estudiante cuando se cepilla los dientes o se pasa el hilo dental.		
Esta tomando el estudiante algún suplemento de fluoruro?		

**Nombre del Padre y/o encargado lega (letra separada)**

—

## Información del estudiante

**Nombre de su medico**

Dirección del medico

Teléfono del medico

Fecha del ultimo examen físico

### Historial Dental

Es este el primer examen dental? Circule uno Si No  
Si dijo no, por favor complete lo que sigue.

Nombre del último dentista que lo atendió.

Dirección y teléfono del dentista

Fecha de la ultima visita

Ha sido el estudiante atendido en el Centro Brooker Memorial Dental? Circule uno Si No

## Tiene el estudiante alguna de las siguientes condiciones de salud?

Condición	SI	NO	Condición	SI	NO
Anemia o desordenes en la sangre			Monocleorosis		
Asma			Neumonía		
infección de riñones o vejiga			Fiebre reumática o problemas del corazón		
Cancer			Scoliosis		
varicelas			convulsiones		
Diabetes			Dolores severos		
Problemas con la glándula endocrinóloga			Tuberculosis		
Hepatitis			Problemas con la tiroides		
Depression/ problemas mentales			Ulceras/ problemas digestivos		
Tiene el estudiante alguna enfermedad, condición o problema no mencionado anteriormente? Si,si,por favor explique:					

**Uso oficial:**

FIRMA DEL PROVEEDOR

FECHA